



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

# Bemötande av personer med psykossjukdom

En kvalitativ studie

Socionomprogrammet

**C-uppsats**

Höstterminen 2010

Författare: Cecilia Ekdahl

Handledare: Marie Törnbom

## **Abstract**

**Titel:** Bemötande av personer med psykossjukdomar – en kvalitativ studie

**Författare:** Cecilia Ekdahl

**Nyckelord:** bemötande, psykossjukdom, kommunikation, subjektgörande

## **Syfte**

Syftet med studien är att undersöka vad personalen på en akutpsykiatrisk heldygnsvårdsavdelning tycker är ett gott bemötande och hur professionella i socialt arbete kan använda sig av denna kunskap.

## **Frågeställningar**

Studiens frågeställningar är: Vilka är dina erfarenheter av vad som fungerar bra i mötet med patienter? Använder du dig av några specifika metoder och strategier i ditt arbete som du har märkt fungerar bra i mötet med patienter?, Talar ni i arbetsgruppen om metoder och strategier som fungerar bra i mötet med patienter? Tror du att det som händer i mötet mellan dig och patienter har någon effekt på behandlingen?

## **Metod**

En kvalitativ metod har använts för att genomföra studien. För att undersöka respondenternas subjektiva tankar kring forskningsfrågan har åtta halvstrukturerade intervjuer genomförts. Det insamlade materialet har analyserats utifrån kommunikationsteori och Bubers tankar om Jag-Du, Jag-Det.

## **Resultat och slutsatser**

Huvudresultaten som studien har kommit fram till är de professionellas förmåga att kunna se personen bakom sjukdomen är central. Genom ett individuellt förhållningssätt skapas förutsättningar att en fungerande kommunikation ska komma till stånd. De professionella använder sig av både verbal och ickeverbal kommunikation i mötet med patienten. De egenskaper som den professionelle behöver ha för att, enligt respondenterna, kunna fungera bra tillsammans med patienten är att hon är lugn, respektfull, empatisk och kan förmedla en trygghet till patienten. För att uppnå ett gott bemötande krävs det att den professionelle har kunskap, både teoretisk och praktisk, samt att hon får möjlighet till regelbunden reflektion, enskilt och i grupp. Reflektionen medför att respondenterna får möjlighet att reflektera kring sitt eget bemötande gentemot patienten, utveckla gemensamma förhållningssätt samt få utbyta kunskap tillsammans med sina kollegor. Reflektionstiden har också en vårdande funktion där respondenterna får möjlighet hand om varandra.

## TACK

Jag vill rikta ett stort tack till min handledare Marie Törnbom som under studien har varit ett enormt stöd för mig. Din tillgänglighet, din kunskap, ditt engagemang, din flexibilitet och ditt tålamod har jag värdesatt högt.

Tack till respondenterna för att ni delade med er av er tid och kunskap. Ni är c-uppsatsens kärna och utan er hade den inte gått att genomföra.

Mikael Nilsson, tack för ditt intresse kring c-uppsatsen.

Att skriva en c-uppsats själv kan många gånger kännas svårt och hopplöst och jag vill därför tacka mina medstudenter som har tagit sig tid att lyssna på mig och motiverat mig till att fortsätta. Ett speciellt tack till Terése, Josefin och Annika P, ert stöd har varit oerhört värdefullt för mig.

Tack till min familj och mina vänner som jag under uppsatsperioden knappt har träffat eller talat med. Vetskapen om att ni finns kvar när uppsatsen är inlämnad ger mig extra energi. Ett speciellt tack till Ida och Jennie som bollat tankar med mig, peppat mig och på så sätt hjälpt mig framåt.

Avslutningsvis vill jag tacka Micael. Ditt stöd, ditt tålamod, din kunskap och ditt oändliga motiverande är en bidragande faktor till att denna c-uppsats existerar...you rock my world!

*Cecilia Ekdahl*

Göteborg november 2010

## Innehåll

<b>KAPITEL 1 INTRODUKTION.....</b>	<b>1</b>
1.1 INLEDNING OCH BAKGRUND .....	1
<i>Bakgrund</i> .....	1
1.2 FÖRFÖRSTÅELSE .....	2
1.3 PROBLEMFÖRMULERING .....	3
1.4 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR .....	3
<i>Syfte</i> .....	3
<i>Frågeställningar</i> .....	4
1.5 CENTRALA BEGREPP.....	4
<i>Respondenter</i> .....	4
<i>Brukare</i> .....	4
<i>Patienter</i> .....	4
<i>Akutpsykiatrisk heldygnsvårdsavdelning</i> .....	4
1.6 AVGRÄNSNINGAR.....	4
1.7 DISPOSITION .....	5
<b>KAPITEL 2.....</b>	<b>6</b>
2.1 LITTERATURSÖKNING.....	6
2.2 TIDIGARE FORSKNING .....	6
2.2.1 <i>Val och användning av tidigare forskning</i> .....	6
2.2.2 <i>Erfarenhet av omvårdnad för patienter med psykossjukdom utifrån sjuksköterskans perspektiv (2009)</i> – <i>Olsson, Madeleine/Marita Persson</i> .....	7
2.2.4 <i>”She took the time to make sure she understood”: Mental patients’ experience of being understood</i> (2006) – <i>Shatell M, Mona/McAllister, Sara/Hogan, Beverly/Thomas P, Sandra</i> .....	8
<b>KAPITEL 3 TEORETISKA PERSPEKTIV .....</b>	<b>9</b>
3.1 VAL AV TEORIER .....	9
3.2 KOMMUNIKATIONSTEORI .....	9
3.3 JAG – DU, JAG – DET .....	12
<b>KAPITEL 4 METOD.....</b>	<b>14</b>
4.1 VAL AV METOD .....	14
4.2 KONSTRUKTION AV INTERVJUGUIDE .....	14
4.3 URVAL .....	15
4.4 GENOMFÖRANDE AV INTERVJUerna.....	17
4.5 INTERVJUKVALITET.....	18
4.6 ÅTERKOPPLING/FEEDBACK .....	19
4.7 BEARBETNING AV DATA .....	19
4.8 RELIABILITET, VALIDITET OCH GENERALISERBARHET.....	20
<i>Reliabilitet</i> .....	20
<i>Validitet</i> .....	21
<i>Generaliserbarhet</i> .....	21
4.9 ETISKA ÖVERVÄGANDEN .....	21
<b>KAPITEL 5 RESULTAT OCH ANALYS.....</b>	<b>23</b>
5.1 RESULTAT OCH ANALYS .....	23
5.2 KOMMUNIKATION .....	24
5.3 SUBJEKTGÖRANDE .....	29
5.4 PERSONLIGA EGENSKAPER .....	31
5.5 REFLEKTION .....	34
<b>KAPITEL 6 SLUTSATSER.....</b>	<b>36</b>
6.1 SLUTSATSER.....	36
6.2 DISKUSSION KRING SLUTSATSERNA .....	38

<b>KAPITEL 7 SLUTREFLEKTION.....</b>	<b>40</b>
7.1 SLUTREFLEKTION .....	40
7.2 FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING.....	40
<b>REFERENSLISTA .....</b>	<b>41</b>
ARTIKLAR .....	41
UPPSATSER .....	42
INTERNETKÄLLOR .....	42
<b>BILAGA 1- INFORMATIONSBREV TILL RESPONDENTERNA .....</b>	<b>43</b>
<b>BILAGA 2 - FRÅGEGUIDE.....</b>	<b>44</b>

# Kapitel 1 Introduktion

## 1.1 Inledning och bakgrund

*”Patienter i den slutna psykvården är mest nöjda med bemötandet”*

Ovanstående rubrik fanns i Hallands nyheter den 1 oktober 2010 ([www.hn.se](http://www.hn.se)). Citatet åsyftar den nationella patientenkät som Sveriges kommuner och landsting, SKL, har skickat ut under våren 2010. Enkätens syfte är att få patienternas syn på den vård landstingen och kommunerna bedriver så att de i sin tur kan utveckla sina verksamheter. Trots att enkätens svarsfrekvens var låg, endast 33,8 %, går det att utläsa att patienterna som svarat var nöjda med bemötandet de fick under sin vistelse på de psykiatriska heldygnsvårdsavdelningarna i Halland ([www.skl.se](http://www.skl.se)). Efter att ha läst artikeln ställde jag mig frågan: Vad är det personalen gör på dessa avdelningar för att patienterna ska uppleva att de har fått ett gott bemötande och hur kan professionella i socialt arbete ha nytta av denna kunskap? Denna fråga utgör grunden för studiens syfte och frågeställningar.

### Bakgrund

Den akutpsykiatriska avdelningen kom jag i kontakt med under min praktikperiod, på socionomprogrammet, som handläggare inom funktionshinder. Handläggare på praktikplatsen beskrev att, både de själva och deras brukare upplevde att, de fick ett gott bemötande av de professionella på avdelningen. Jag blev således nyfiken på hur de arbetade på avdelningen och bestämde mig för att undersöka om det fanns möjlighet för mig att skriva min C-uppsats där.

Den akutpsykiatriska heldygnsvårdsavdelningen bedriver vård för patienter med psykosproblematik i det akuta skedet. När patienten inte längre behöver ha sjukvård dygnet runt ska patienten skrivas ut och den psykiatriska öppenvården tar över. Avdelningen har 16 platser och personal dygnet runt. På avdelningen arbetar skötare, sjuksköterskor och läkare. Ca 70 procent av patienterna som är inskrivna på avdelningen omfattas av diagnosen schizofreni. Andelen patienter som är inskrivna på LPT, Lag om psykiatrisk tvångsvård, är ungefär 50 procent.

Psykotiska tillstånd kan ses vid schizofreni, vanföreställningssyndrom, långvarigt användande av droger, abstinens, depression, sömnbrist eller mani enligt Allgulander (2008). Människor med psykosproblematik har ofta vanföreställningar, hallucinationer och avsaknad av sjukdomsinsikt vilket innebär att deras verklighetsuppfattning skiljer sig från de personer som inte har en psykos (Allgulander, 2008).

Glant (2010) menar att psykosor kan delas in i två kategorier: akuta/tillfälliga psykosor och långvariga psykosor. De akuta/tillfälliga psykoserna går det oftast att hitta en utlösande faktor till. Det kan till exempel vara förlusten av någon nära, en förlossning eller en påfrestande separation. Återhämtningen från en akut/tillfällig psykos är naturligtvis individuell, men vanligtvis brukar patienten vara återställd inom några veckor. De långvariga psykoserna, dit bland annat schizofreni räknas, är svåra att bota och kan i vissa fall även vara kroniska (Glant 2010). Diagnosen schizofreni ställs vanligen när personen är 15-35 år och enligt Allgulander (2008) förekommer diagnosen mer vanligtvis hos män än hos kvinnor. Kvinnor tenderar dock att insjukna senare än män. Skador i hjärnan under fostrets utveckling, genetisk sårbarhet och miljömässig påverkan är några av de förklaringsmodeller som forskarna använder för att förklara uppkomsten av schizofreni (Allgulander, 2008). Psykoserna kommer i skov och mellan skoven kan personen med schizofreni fungera mer eller mindre normalt. Den akut schizofrene patienten har under skoven ofta hallucinationer, tankestörningar och vanföreställningar. Tvångshandlingar, motorisk orolighet och paranoia är även symptom som patienten kan ha i detta skede (Glant, 2010).

## **1.2 Förförståelse**

Enligt Esaiasson et al (2007) är det inget problem att välja forskningsfråga utifrån personliga intressen och värderingar så länge forskningen är forskaroberoende, genomskinlig och värderingsfri. Det vill säga att forskningen ska kunna genomföras igen och komma fram till i princip samma resultat. I kvalitativa studier kan detta vara svårt att uppnå eftersom det handlar om forskarens och enskilda respondenters subjektiva upplevelser (Esaiasson, Gilljam, Oscarsson och Wängnerud, 2002). Eneroth (1984) menar att det inte går att vara objektiv och att det därför är centralt att forskaren tydligt redogör för sina värderingar och därmed neutraliseras sin subjektivitet (Eneroth, 1984).

Min förförståelse grundar sig i att jag anser att ett gott bemötande är grundstenen i allt socialt arbete. Om människorna jag möter inte upplever att de får ett gott bemötande tror jag att mitt arbete tillsammans med dem blir avsevärt svårare. Genom tidigare arbetserfarenheter som timvikarie, på ett boende för unga vuxna med psykiska funktionsnedsättningar och ett boende för män med missbruksproblematik, har jag med mig hur svårt det kan vara att ha ett gott bemötande gentemot människor som mår psykiskt dåligt. Under min tid som timvikarie kände jag mig ofta vilsen inför hur jag skulle bemöta de boende som inte mårde psykiskt bra. Vid flera tillfällen har jag bemött boende på ett dåligt sätt och idag vet jag att det grundade sig i min okunskap och osäkerhet inför denna problematik. Jag har själv varit i situationer där jag har blivit dåligt bemött och vet vad det skapa för känslor hos mig. Att vara medveten om vad mitt eget bemötande kan frambringa för känslor hos andra tror jag är ett steg i rätt riktning mot ett gott bemötande. Min upplevelse av vad ett gott bemötande är att jag visar människan jag möter respekt, att jag har en tydlig kommunikation och att jag ser individen bakom problematiken. Hur studien har genomförts redovisas i metodkapitlet.

### **1.3 Problemformulering**

Min uppfattning är att det inom socialt arbete ibland finns en begränsad kunskap om hur vi ska bemöta människor med psykosproblematik. De professionella som arbetar med målgruppen har förstås adekvat kunskap, men de professionella som stöter på denna målgrupp då och då upplever jag behöver mer kunskap avseende problematiken. Att möta människor kan vara svårt oavsett problematik, men personligen tycker jag det är svårast att bemöta människor med psykosproblematik eftersom de ofta lever i en annan verklighet än vad jag själv gör. Jag tror att professionella inom socialt arbete kan ha glädje av den kunskap som de professionella inom sjukvården besitter och det är därför jag har valt att göra en c-uppsats om detta ämne.

### **1.4 Syfte och frågeställningar**

#### **Syfte**

Syftet med studien är att undersöka vad personalen på en akutpsykiatrisk heldygnsvårdsavdelning tycker är ett gott bemötande och hur professionella i socialt arbete kan använda sig av denna kunskap.



## **Frågeställningar**

- Vilka är dina erfarenheter av vad som fungerar bra i mötet med patienter?
- Använder du dig av några specifika metoder och strategier i ditt arbete som du har märkt fungerar bra i mötet med patienter?
- Talar ni i arbetsgruppen om metoder och strategier som fungerar bra i mötet med patienter?
- Tror du att det som händer i mötet mellan dig och patienter har någon effekt på behandlingen?

## **1.5 Centrala begrepp**

### **Respondenter**

Deltagarna i studien benämns som respondenter. Esaiasson et al (2007) gör skillnad mellan begreppen informant och respondent. En informant ses som ett vittne och dess uppgift är ge information för att förklara till exempel en specifik händelse. Används begreppet respondent är avsikten däremot att studera individen och dess subjektiva tankar kring det aktuella ämnet (Esaiasson, Gilljam, Oscarsson och Wängnerud, 2002). I studien benämns alla respondenter som hon, detta utan några vidare tankar avseende genus.

### **Brukare**

Inom socialt arbete finns ett flertal benämningar avseende människorna vi möter, klienter, brukare, vårdtagare med flera. Jag har i studien valt att benämna människorna vi möter i socialt arbete för brukare.

### **Patienter**

När respondenterna talar om brukarna använder de sig av begreppet patienter.

### **Akutpsykiatrisk heldygnsvårdsavdelning**

I studien benämns den akutpsykiatriska avdelningen som avdelningen.

## **1.6 Avgränsningar**

Studien avser inte att jämföra respondenterna med patienter eller respondenter från andra avdelningar. Studien syfte är att jämföra respondenternas svar med tidigare forskning samt teoretiska perspektiv. Studien fokuserar på det mellanmänniska mötet och avser inte att

fokusera på organisatoriska förklaringsmodeller. Avgränsningen att inte intervjua patienter tas upp under rubriken ”Etiska överväganden”. Avgränsningar har även gjorts i urvalet av respondenter, vilket diskuteras vidare under rubriken ”Urval”.

### **1.7 Disposition**

I kapitel två redovisas hur litteratursökningen har genomförts avseende litteratur och tidigare forskning. En kort presentation av den tidigare forskningen avslutar kapitlet.

Kapitel tre presenterar de teoretiska perspektiv som valts för att analysera det insamlade materialet.

Det fjärde kapitlet beskriver hur studien arbete har genomförts. Kapitlet inleds med att valet av metod presenteras och avslutas med de etiska överväganden som har gjorts inför och under studiens arbete.

I kapitel fem presenteras studiens resultat och analys. De teoretiska perspektiven och den tidigare forskningen används för att analysera resultaten.

Det sjätte kapitlet presenterar de slutsatser som kan göras utifrån studien. Kapitlet avslutas med en slutreflektion.

## **Kapitel 2**

### **2.1 Litteratursökning**

Sökning efter relevant litteratur avseende ämnet har gjorts i olika databaser, som till exempel GUNDA, LIBRIS, Cinahl, uppsatser.se. De sökord som användes var bland annat:

bemötande, psykos, bemötande, communication, psychotic, patients, nurse, mental health care nurse, relations.

Ett problem som uppstod i sökningen efter tidigare forskning var när jag sökte efter artiklar som berörde mötet mellan patienten och sjuksköterskan. De artiklar som var av vikt för min studie fanns endast att tillgå på franska och spanska. Då jag varken behärskar franska eller spanska fick jag avstå från dessa artiklar.

Viss litteratur som används i studien har införskaffats under tidigare kurser på socionomprogrammet. En del litteratur hade jag att tillgå utifrån mitt personliga intresse avseende studiens ämne.

### **2.2 Tidigare forskning**

#### **2.2.1 Val och användning av tidigare forskning**

Den tidigare forskningen har valts ut för att kunna jämföra studien resultat mot det aktuella forskningsläget. I valet av tidigare forskning har jag utgått från studiens syfte och försökt att hitta forskning som fokuserar på det som främjar ett gott möte och en god kommunikation mellan professionella och patienter. Min avsikt är inte att redogöra för det totala kunskapsläget inom forskningsfrågans område, utan enbart att visa på några exempel. Den tidigare forskningen kommer att användas för att analysera det insamlade materialet tillsammans med de teoretiska perspektiven.

### **2.2.2 Erfarenhet av omvårdnad för patienter med psykossjukdom utifrån sjuksköterskans perspektiv (2009) – Olsson, Madeleine/Marita Persson.**

Den svenska studiens syfte är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter i omvårdnaden av psykospatienter. Resultaten från studien presenteras i fem kategorier: bemötande, familjekontakt, vårdmiljö, basala behov och specifikt omhändertagande. Jag har valt att koncentrera mig på vad studien säger avseende bemötande. Sjuksköterskorna i studien lyfter fram relation, bekräftelse och förhållningssätt som viktiga komponenter i bemötandet. En bra relation skapas genom att sjuksköterskan försöker att tänka utifrån patientens perspektiv. Studien visar även att det är viktigt att vara personlig men inte privat för att få till stånd en relation. Genom att ge patienten tid och bekräfta den, både verbalt och fysiskt, minskas risken för att patienten ska känna sig avvisad och dra sig undan från personalen. Sjuksköterskorna menar att det är viktigt att alltid försöka ha en fungerande kommunikation med patienten. Avslutningsvis lyfter studien fram vikten av att ha ett individuellt förhållningssätt till alla patienter. Sjuksköterskorna bör även bemöta patienterna så som de hade velat bli bemötta själva. Studien talar också om vikten av att sjuksköterskorna är lugna tillsammans med patienterna.

### **2.2.3 How expert nurses communicate with acutely psychotic patients (2010) – Bower, Len/Brennan, Geoff/Winship, Gary/Theodoridou, Christina.**

Syftet med studien är att undersöka hur psykiatrisjuksköterskor kommunicerar med psykotiska patienter. Studien är genomförd i England. Utifrån sju teman beskriver författarna hur kommunikationen gentemot patienten kan förbättras: Moraliska värderingar, interaktion, tillbringa tid tillsammans med patienten, ickeverbal kommunikation, känslomässig reglering, motivera patienten till aktivitet och tala om symptomen. Respondenterna lyfter fram att det är viktigt att inte ignorera patienten, visa respekt gentemot patienten och tillåta patienten att ha en privat sfär. Ärlighet och respekt är också begrepp som respondenterna lyfter fram som centrala. Inför mötet med patienten förbereder sig respondenterna genom att läsa in sig på patientens historia och i de fall de har möjlighet att observera patienten menar de att det underlättar det första mötet med patienten. Att tillbringa tid tillsammans med patienten och fokusera på patienten som person och inte som en diagnos är komponenter som respondenterna anser är viktiga. Respondenterna beskriver vikten av att ha ett lugnt förhållningssätt gentemot patienterna, både deras verbala och ickeverbala kommunikation ska

genomsyras av lugn. Att låta patienten bestämma, genom att presentera olika val, ansåg respondenterna var av vikt. Avslutningsvis menar respondenterna att det är centralt att lyssna till patientens erfarenheter, och försöka att förstå patienten. All interaktion med patienten ska genomsyras av respekt och omvårdnad.

#### **2.2.4 "She took the time to make sure she understood": Mental patients' experience of being understood (2006) – Shatell M, Mona/McAllister, Sara/Hogan, Beverly/Thomas P, Sandra.**

Den amerikanska studiens syfte är att undersöka vad patienters erfarenheter är av att bli förstådda. Resultatet visar att genom att patienten känner sig förstådd av professionella får hon en bättre förståelse för sig själv. De professionellas bemötande gentemot respondenterna har en stor del i deras välbefinnande. Respondenterna kände sig viktiga när de upplevde att de professionella mötte dem med förståelse, tålmod, empati, ärlighet, respekt och accepterande. De professionellas vilja att förstå respondenterna var viktigare än om de faktiskt förstod dem. Upplevde respondenterna att de blev förstådda av de professionella ökade förutsättningarna för att skapa en kontakt dem emellan. Faktorer som ökade kontakten var att de professionella lyssnade till patienten, gav patienten tid, var närvarande i stunden, gav ögonkontakt och förmedlade en känslan av att patienten var viktig för dem.

Respondenterna lyfter fram att de vill bli behandlade som vanliga personer, inte som en sjukdom. De menar att det är viktigt att de professionella är på samma nivå som dem själva, de ska möta respondenterna som de möter en vän eller en granne. Avslutningsvis menar författarna att förstå patienten är centralt för att kunna ge dem det stöd de behöver.

## Kapitel 3 Teoretiska perspektiv

### 3.1 Val av teorier

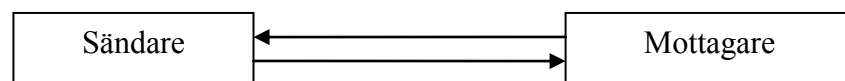
Kvale/Brinkmann (2007) menar att när ett teoretiskt perspektiv väljs för att tolka det insamlade materialet gör forskaren ett val om vad hon vill fokusera på i analysen. Det är därför centralt, att i analysen, använda sig av olika perspektiv som belyser olika delar av det studerade fenomenet (Kvale/Brinkmann, 2007). De teoretiska perspektiven valdes utifrån det insamlade materialet, en så kallad induktiv arbetsprocess.

### 3.2 Kommunikationsteori

*”Begreppet ‘kommunikation’ kommer av det latinska *communicare*, som betyder att göra något tillsammans, göra någon annan delaktig i något, ha en förbindelse med någon.”*

*(Eide/Eide, 2006)*

Kommunikation är något vi alla gör och har gjort sedan vi var små. Kommunikation ett samspel mellan individer som, för att lyckas, erfordrar att parterna är öppna och mottagliga för varandra. Ibland kan dock kommunikation kännas komplicerat och svårt att förstå. Enligt Eide/Eide (2006) kan kommunikation, på ett enkelt sätt, förklaras genom nedanstående figur.



För att en dialog ska komma till stånd krävs det en person som sänder ett budskap vilket en mottagare sedan bearbetar och ger respons på. Budskapet som skickas kan både vara verbalt och icke verbalt. Om budskapet tolkas så som sändaren avsåg och inga yttre störningar påverkar kan dialogen fortsätta växelvis mellan sändaren och mottagaren. Problemen i kommunikation uppstår när till exempel sändarens verbala budskap inte stämmer med hennes ickeverbala språk (Eide/Eide, 2006).

Payne (2002) beskriver att problem i kommunikation uppstår när mottagaren tolkar budskapet som sändaren skickat. Tolkningen innebär att informationen bearbetas och problemen som kan uppstå har att göra med individens perceptionsförmåga. Med perception menas hur vi tolkar de sinnesintryck vi får, både verbala och ickeverbala. Perceptionen kan alltså medföra hinder i kommunikationen. Människors tidigare erfarenheter, fysiska och psykiska hälsa, kunskap, omgivningen där samtalet äger rum och förväntningar på samtalet är faktorer som

påverkar perceptionen (Payne, 2002). Edie/Edie (2006) menar att perceptionsprocessen medför stereotypiseringar av verkligheten. Stereotypier innebär att människan har invanda mönster som hon tolkar information utifrån och agerar utifrån. I samtal kan detta skapa problem eftersom den andre samtalspartnern kanske inte är här kunskap om de stereotypier som den andre partnern har. Stereotypering innebär automatiskt objektifiering av personen vi möter och försvårar att en stödjande kommunikation kommer till stånd. Genom att agera utifrån invanda mönster kan individen uppleva en känsla av att ha kontroll över samtalet (Edie/Edie, 2006). Payne (2002) menar att kommunikation, till viss del, handlar om att ha kontroll. Vem som har kontrollen i kommunikationen beror på vilken typ av relation människorna har till varandra. Payne tar upp två exempel av relationer: symmetriska relationer och komplementära relationer. En symmetrisk relation bygger på att de inblandade parterna är jämställda och agerar på liknande sätt och den komplementära relationen är en relation där parterna är ojämställda och har bestämda roller (Payne, 2002). Edie/Edie (2006) menar att alla professionella hjälparrelationer är asymmetriska. Asymmetrin ligger i rollerna och kunskapen som individerna har. Brukaren söker stöd hos den professionelle och denna process går inte att göra symmetrisk menar författarna. Det som däremot går att förändra är hur den professionelle och brukarna förhåller sig till varandra. Brukaren kan få stöd av den professionelle med avseende på fackkunskap kring sin situation och den professionelle kan få kunskap avseende brukarens situation. Edie/Edie (2006) menar att när brukaren och den professionelle använder sig av varandra har den asymmetriska relationen blivit asymmetriskt komplementär, det vill säga att brukaren och den professionelle kompletterar varandra. Som tidigare nämnts är kommunikation ett samspel mellan individer som, för att lyckas, erfordrar att parterna är öppna och mottagliga för varandra (Edie/Edie, 2006).

Edie/Edie (2008) skriver att det mest centrala i ett professionellt samtal är att kunna se brukaren och styra samtalet utifrån hennes behov. För att uppnå detta behöver den professionella besitta omsorgsprofessionalitet, omsorgsrationalitet och omsorgstemporalitet. Tillsammans bildar dessa tre grundstenarna i en stödjande kommunikation.

Tabell 1.1

Omsorgsprofessionalitet	Omsorgsrationalitet	Omsorgstemporalitet
Fackkunskap	Förnuft	Hopp
Empati	Etik	Anknytning
Målinriktning	Känslor	Berättelse

Genom att den professionelle har kunskap avseende brukarens problematik ökar förutsättningarna för att deras kommunikation ska fungera. Utan kunskap riskerar kommunikationen bli ickestödjande för brukaren. Kunskapen kring brukaren problematik kan även underlätta den empatiska förmågan hos den professionelle. Vanligtvis talas det om två typer av empati: affektiv och kognitiv empati. Affektiv empati innebär att den professionelle försöker att leva sig in i patientens situation och känslorna som finns hos patienten. Kognitiv empati innebär att den professionelle strävar efter att leva sig in i hur det är att vara patienten och fokuserar på hennes tankar och upplevelser av sig själv. Den kognitiva empatin förenklas om den professionelle har kunskap avseende brukarens problematik. Därmed kan hon förstå att eventuella avvikande beteende hos brukaren hör till dennes problematik. Vidare menar författarna att bekräfta brukarens känslor, förmedla en känsla av optimism är centrala delar för att kommunikationen ska fungera väl. Den professionelle bör även förhålla sig till de etiska och moraliska dilemman som kan uppstå i mötet med brukaren. Att utveckla en allians med brukaren är ett mål alla professionella bör han med sig. Alliansen medför att brukaren känner sig trygg med den professionelle vilket i sin tur kan leda till att brukaren vågar berätta om sin situation. Lyckas den professionelle med att uppnå omsorgsprofessionalitet, omsorgsrationalitet och omsorgstemporalitet är förutsättningarna för en god kommunikation goda (Edie/Edie, 2006).



### 3.3 Jag – Du, Jag – Det

*När Du uttalas, uttalas samtidigt Jaget i ord-paret Jag-Du. När det uttalas, uttalas samtidigt Jaget i ord-paret Jag-Det. Grundordet Jag-Du kan endast uttalas med en människas hela väsen. Grundordet Jag-Det kan aldrig uttalas med en människas hela väsen.” (Buber, 2006, s.8)*

Martin Buber (2004) menar att det finns två typer av relationer människor emellan, Jag – Du och Jag – Det. Jag – Du relationen anser Buber är den grundläggande mänskliga relationen eftersom människan blir till i mötet med en annan människa (Buber, 2004). Blomdahl Frej et al (1998) menar att det är först när vi kan skapa och uppleva gemenskap med andra människor som livet får en helhet, ett sammanhang och en gemenskap. Det är först när människor möts som subjekt som människan kan utveckla ett individuellt förhållningssätt gentemot varandra. I Jag – Du relationer ses hela människans livsvärld och mötet fokuserar på det som sker här och nu (Blomberg Frej/Eriksson, 1998). Buber (2004) menar att det är först när människor ser varandra som subjekt som de kan utvecklas och förändras. I mötet skapar jag mitt jag i förhållande till ditt du och ditt du skapas i förhållande till mitt jag och på så sätt kan en ömsesidig kommunikation uppstå (Buber, 2004). I Jag – Du relationen finns en djupare dimension som Buber (2006) benämner som det mellanmänskliga. Det mellanmänskliga är det som sker mellan människorna i Jag – Du relationen och kan inte förklaras utifrån människors beteenden, samhörighet eller interaktion. En ansats till att förklara det mellanmänskliga är utifrån två olika typer av människotillvaro, väsenmänniska och bildmänniska. Väsenmänniskan lever sitt liv utifrån den hon är och bildmänniskan lever sitt liv utifrån den bild hon vill ge intryck av att vara (Buber, 2006). Blomberg Frej et al (1998) menar att människor ständigt växlar mellan att vara en väsenmänniska och en bildmänniska. I de fall vi väljer att vara en bildmänniska blir mötet med andra människor ytliga och vi kan inte beröra dem eller bli berörda själva. Grunden för det mellanmänskliga och Jag-Du relationen är således äkthet. Är mötet inte äkta existerar inte den mellanmänskliga relationen. För att uppnå ett äkta möte måste båda parter låta sina inre personer komma fram och visa sig (Blomberg Frej/Eriksson, 1998). Buber (2006) menar att det måste vara ”ett levande samspel” människorna mellan. När ett levande samspel är uppnått kan det äkta möte uppstå. Ett äkta möte kännetecknas av ömsesidig kommunikation och är således endast möjligt i en Jag-Du relation (Buber, 2006). Det som kan förhindra en väsenrelation är gruppgemenskap menar Blomberg Frej/Eriksson (1998). Inom gruppen

utvecklas en kollektiv tillhörighet som bygger på att ”vara med varandra” (s.27). I Jag-Du relationen är vi däremot ”vända mot varandra” (s.27). Ur en gruppgemenskap kan dock en Jag-Du relation utvecklas, men en gruppgemenskap kan ej utvecklas utifrån Jag-Du relationen (Blomberg Frej/Eriksson, 1998).

*”Detet är den eviga puppan, Duet den eviga fjärilen. De är emellertid tillstånd, som inte alltid avlöser varandra på ett klart sätt, utan ofta i ett djupt kluvet och samtidigt oklart sammanflätat skeende” (Buber, 2006, s.26).*

Buber (2006) menar att det inte går att konstant vara i en Jag-Du relation, människor växlar hela tiden mellan Jag-Du och Jag-Det relationer. I Jag-Det relationen ser människan varandra som subjekt – objekt. Denna relation innebär att Du omvandlas till ett Det. I Jag-Du relationer utvecklas och förändras människan medan det i Jag-Det relationer är endast människans roller och funktioner som kan utvecklas. Jag-Det relationen tar inte hänsyn till individen och därmed kan ingen ömsesidig kommunikation uppstå. Buber beskriver Jag-Det relationen som yttre livsformer och Jag-Du som känslor. (Buber, 2006). I socialt arbete, skriver Blomberg Frej/Eriksson (1998), är Jag-Du relationen ett mål i sig självt och Jag-Det relationen kan användas som ett verktyg för att föra Jag-Du relationen framåt. Jag-Det relationen möjliggör att ny vetenskaplig kunskap kan produceras och det är genom Jag-Det relationen som nya professionella förhållningssätt skapas. Den vetenskapliga kunskapen kan socialarbetaren sedan ta med sig i Jag-Du relationen och på så sätt kunna ge brukaren bättre stöd som grundar sig på både vetenskaplig kunskap och den befintliga Jag-Du relationen (Blomberg Frej/Eriksson, 1998)

## **Kapitel 4 Metod**

### **4.1 Val av metod**

Utifrån studiens syfte har en kvalitativ metod valts för att studera respondenternas subjektiva tankar kring bemötande. Larsson (2005) menar att den kvalitativa metodens syfte är att få kunskap om respondentens subjektiva tankar kring forskningsfrågan. Utifrån respondentens egna ord och beskrivningar försöker forskaren se världens genom respondentens ögon (Larsson, 2005). Valet av metod var för mig självklart utifrån studiens syfte. En kvantitativ metod hade inte givit mig som forskare möjligheten att ställa följdfrågor på det jag fann intressant i intervjun. Observation, som metod, avskrev jag direkt eftersom det hade medfört patientkontakt. Valet att inte ha patientkontakt utvecklas under rubriken etiska överväganden (Kvale/Brinkmann, 2007). Anledningen till att jag inte valde att göra en jämförande studie, mellan två olika avdelningar, var att jag, via min praktikplats, hört mycket gott om den valda avdelningen och ville gå på djupet med vad de tycker att ett gott bemötande är. Möjligen kunde olika insamlingsmetoder använts för att få ytterligare kunskap kring forskningsfrågan.

För att på bästa sätt studera respondenternas subjektiva tankar kring bemötande valde jag en halvstrukturerad intervju. En halvstrukturerad intervju skapar förutsättningar för ett professionellt samtal mellan forskaren och respondenten. Forskaren får i samtalet möjlighet att följa respondentens tankegångar samt ställa sina frågor i den ordningen hon vill. Den halvstrukturerad intervju kräver, trots att den är flexibel, att forskaren har ett tydligt syfte och en grundstruktur. Utifrån samtalet kan forskaren sedan tolka och analysera materialet och slutligen presentera sina resultat (Kvale/Brinkmann, 2007).

### **4.2 Konstruktion av intervjuguide**

Kvale/Brinkmann (2007) skriver att målet med en kvalitativ intervju är att ställa frågor som framkallar spontana beskrivningar från respondenten (Kvale/Brinkmann, 2007). Med utgångspunkt i en halvstrukturerad intervju konstruerade jag frågeguiden utifrån olika teman. Esaiasson et al (2007) menar att en intervju bör starta med enklare frågor för att skapa en kontakt med respondenten. När en kontakt är etablerad kan forskaren gå över till att ställa tematiska frågor. Tematiska frågor är de frågor som ger informanten möjlighet att fritt reflektera kring frågan. Forskaren kan sedan ställa uppföljningsfrågor till de ställda tematiska

frågorna. I min frågeguide utgör temana de tematiska frågorna (Esaiasson, Gilljam, Oscarsson och Wängnerud, 2002).

Tillsammans med min handledare diskuterade jag olika tänkbara teman och kom fram till att mina frågeställningar fick bli temana i intervjuguiden. Till dessa teman konstruerades tänkbara följdfrågor ifall respondenterna inte skulle förstå frågorna eller ha svårt att samtala kring dem. Följdfrågorna var även en hjälp för mig i de fall då respondenterna hade svårt att samtala kring temana. Anledningen till att det är så få följdfrågor är att jag inte ville låsa mig vid för många tänkbara följdfrågor, utan så fritt som möjligt följa respondenten i hennes samtal. Till frågeguiden konstruerades även frågor avseende hot och våld. Detta för att jag skulle vara förberedd ifall dessa ämnen vidrördes under intervjuerna och på så sätt kunna koppla dem till studiens teman. Hot och våld var ämnen jag, inför intervjuerna, tänkte att respondenterna skulle tala om eftersom de delvis har patienter på avdelningen som är där mot sin vilja.

Innan intervjuerna genomfördes med respondenterna gjorde jag två provintervjuer med två klasskamrater och en provintervju med en kamrat som inte har någon anknytning till socialt arbete. Jag bad provrespondenterna att fokusera på om frågorna var begripliga och om frågorna skapade utrymme för spontana beskrivningar. Då ingen av provrespondenterna vill ändra på något tema eller någon fråga ändrades inget i intervjuguiden. Intervjuguiden finns med som en bilaga i slutet av studien.

#### **4.3 Urval**

Då studiens syfte är att undersöka vad personalen på en akutpsykiatrisk heldygnsvårdsavdelning anser om bemötandet är urvalet redan begränsat genom mitt syfte. Esaiasson et al (2009) menar att forskaren först ska se över hela den tänkbara populationen som rör hennes forskningsområde. I mitt fall utgörs hela populationen av alla akutpsykiatriska heldygnsvårdsavdelningar i Sverige. Nästan steg är att utifrån hela populationen välja ut analysenheter som ska analyseras (Esaiasson, Gilljam, Oscarsson och Wängnerud, 2002). Förslag på analysenhet fick jag till mig redan under min praktik på socionomprogrammet som handläggare inom funktionshinder. Handläggare på praktikplatsen berättade om en avdelning som de upplevde hade ett bra bemötande både gentemot professionella inom socialt arbete

samt patienter. När det väl var dags för c-uppsatsen kontaktade jag avdelningschefen på avdelningen och frågade om jag kunde få genomföra min studie hos dem. Avdelningschefen var positiv till detta och utifrån mig givna kriterier hjälpte han mig att välja ut tio respondenter. Larsson (2005) menar att forskaren ska välja så många respondenter som hon behöver för att få svar på sin forskningsfråga. I valet av antal respondenter behöver forskaren även väga in hur mycket tid hon har till sitt förfogande och om forskaren ska genomföra studien på egen hand eller har tillgång till ett forskarlag (Larsson, 2005). Då jag har haft tio veckor till studiens förfogande samt genomfört studien på egen hand bedömde jag och min handledare att tio respondenter var rimligt, förutsatt att jag fick tillräckligt med material från dessa tio respondenter.

Eneroth (1984) menar att urvalet vid kvalitativa studier med fördel kan göras strategiskt. På så sätt försäkras sig forskaren om att urvalet får en stor bredd (Eneroth, 1984). För att säkerställa ett urval med stor bredd inom analysenheten bestämde jag fyra kriterier utifrån vilka respondenterna skulle väljas.

De kriterier jag gav avdelningschefen var följande:

- Förslag på tio datum då intervjuerna kunde genomföras.
- Respondenterna ska vara av olika kön.
- Respondenterna ska ha olika professioner, det vill säga både sjuksköterskor och skötare.
- Respondenterna ska ha olika anställningstid på den akutpsykiatriska heldygnsvårdsavdelningen.

Avdelningschefen valde först ut respondenterna utifrån vilka som arbetade på de aktuella dagarna. Sedan valde hon respondenterna utifrån resterande kriterier och gav mig därefter förslag på tio möjliga respondenter. Avdelningschefen kontaktade de respondenter hon föreslagit via e-mail och bad dem kontakta mig om de inte var intresserade av att delta i studien. Då ingen av respondenterna hörde av sig skickade jag ut ett informationsbrev (bilaga 1) via post till samtliga och följde sedan upp detta med personliga e-mail. Under intervjuperioden fick två av respondenterna förhinder att medverka i studien. Den ene respondenten hade haft semester och hade inte fått information om studien och den andre respondenten fick förhinder på grund av arbetsbelastning. Efter detta kontaktade jag de övriga respondenterna personligen eller via telefon för att återigen stämna av att deras intervjutid passade.

Studien omfattar därmed åtta respondenters subjektiva tankar kring bemötande, fyra sjuksköterskor och fyra mentalskötare. Anställningstiden på respondenterna varierar från fem månader till fjorton år. Tre män och fem kvinnor i åldrarna 25-55 år har medverkat i studien.

Urvalet är både ett slumpmässigt och ett strategiskt urval av ett mindre antal fall. Urvalet blir slumpmässigt utifrån de föreslagna intervjudagarna och strategiskt utifrån de övriga kriterierna. Nackdelen med detta urvalsförfarande kan vara att avdelningschefen enbart valde ut respondenter som hon visste skulle ha positiva reflektioner kring bemötandet på avdelningen. Då min avsikt med studien är att exemplifiera enskilda respondenters subjektiva tankar kring bemötande och inte granska den akutpsykiatriska heldygnsvårdsavdelningen som institution anser jag att urvalets fördelar övervinner nackdelarna.

#### **4.4 Genomförande av intervjuerna**

Intervjuerna genomfördes på respondenternas arbetstid efter överenskommelse. Valet att intervjua respondenterna under deras arbetstid grundar sig i både praktiska skäl samt att jag inte tror att deltagandet hade varit lika högt om intervjuerna hade skett efter arbetstid. Vid intervjutillfället fick respondenterna återigen information om de forskningsetiska principerna, studiens syfte och hur materialet kommer att sammanställas. Respondenterna fick även möjlighet att ställa frågor om det var något som de tyckte var oklart inför intervjun.

Alla intervjuerna spelades in på en digital diktafon, vilket Kvale/Brinkmann (2007) förespråkar. Fördelen med att spela in intervjuer är att forskaren i efterhand kan återge det respondenten har sagt korrekt (Kvale/Brinkmann, 2007). Innan intervjun började gjordes en kort inspelning på diktafonen för att höra så att ljudkvaliteten var tillräckligt god.

Esaiasson et al (2007) och Kvale/Brinkmann (2007) menar att det är viktigt att respondenten är bekväm i den miljö som intervjun sker i och att intervjun genomförs ostört. Alla intervjuerna har genomförts utan att bli avbrutna och jag har upplevt att respondenterna har känt sig bekväma. Vid tre intervjuer har respondenterna meddelat att de var tvungna att gå vid en viss tidpunkt. Detta medförde att jag blev stressad och inte följde respondentens

tankegångar lika bra som vid de övriga intervjuerna. Jag tror att jag hade hanterat de tidspressade intervjuerna bättre om jag hade haft mer erfarenhet av forskningsintervjuer.

Intervjuerna pågick mellan 16-40 minuter. De flesta intervjuerna varade i 20 minuter. Variationerna i intervjutid berodde till stor del på hur mycket respondenten hade att säga avseende forskningsämnet, hur många följdfrågor som ställdes men även hur närvarande jag var i samtalet. De tre kortaste intervjuerna är de där respondenten hade en bestämd tid som hon var tvungen att avsluta intervjun. Detta medförde, som jag tidigare nämnt, att jag blev stressad och inte följde respondenternas tankegångar lika aktivt. Trots att intervjuerna inte pågick så länge anser jag att jag har fått tillräckligt med material för att kunna genomföra en analys.

Efter att alla intervjuer genomförts påbörjade jag transkriberingen. Kvale/Brinkmann (2007) skriver att det är centralt att redogöra för hur utskrifterna har gjorts. Inför transkriberingen behöver forskaren ta ställning till hur materialet ska transkriberas. Forskaren behöver göra olika val inför utskrifterna såsom; ska materialet skrivas ut ordagrant? Ska koder för pauser, skratt finnas med (Kvale/Brinkmann, 2007)? Jag har valt att skriva ut materialet ordagrant förutom att följande ord har uteslutits: ”åh”, ”äh” ”mm”, ”liksom”, ”typ”. Jag gjorde tolkningen, efter att ha lyssnat på inspelningarna ett flertal gånger, att dessa ord inte är av någon vikt för utskriften av materialet. Skratt och pauser har inte heller skrivits ut eller blivit kodade i utskrifterna. I de intervjuer där respondenter har haft influenser av ett annat språk har intervjun översatts till svenska. Det transkriberade materialet har anonymiserats och förvaras så att utomstående inte ska kunna ta del av det.

#### **4.5 Intervjuskvalitet**

Esaiasson et al (2007) menar att det inför, under och efter intervjun är centralt att forskaren reflekterar kring sin egen roll i intervjusituationen. Den så kallade intervjuareffekten innebär att forskaren omedvetet och medvetet kan påverka respondenten, men även att respondenten kan anpassa sig efter forskaren (Esaiasson, Gilljam, Oscarsson och Wängnerud, 2007).

Kvale/Brinkmann (2007) skriver att intervjuns kvalitet är avgörande för hur studiens fortsatta arbete ska framskrida och nämner sex kriterier för den halvstrukturerade intervjun.

- Utsträckningen av respondentens spontana, rika, relevant och specifika svar.
- Förhållandet mellan korta frågor från forskaren och långa svar från respondenten
- Hur väl forskaren lyckas att följa upp och klargöra det respondenten förmedlar
- Forskaren tolkar intervjun under dess gång.
- Forskaren försöker få belägg för sina tolkningar av respondenten under intervjuens gång.
- Samspelet mellan forskaren och respondenten leder till att intervjun blir självkommunicerande.

Utifrån ovanstående kriterier lyssnade jag och läste igenom intervjuerna för att se om de uppfyllde ovanstående kriterier. Efter genomlysningen och genomläsningen kan jag se att intervjuerna skiftar i kvalitet och att ingen intervju uppfyller alla de sex kriterierna samtidigt. I de flesta intervjuer är svaren relevanta och längre än frågorna, tolkningar görs löpande och i slutet av intervjuerna gör jag en sammanfattning av det jag har tolkat att respondenten har förmedlat under intervjun. De intervjuer som uppfyller minst kriterier är de tre intervjuer som var tidsbegränsade. Bristen i de intervjuerna är att jag inte tillräckligt följer upp det respondenten säger och gör löpande tolkningar. Trots vissa brister i dessa intervjuer tillförde de studien relevant material.

#### **4.6 Återkoppling/feedback**

Respondenterna fick i samband med intervjutillfället veta att de kommer att få ta del av studien, efter att den har lämnats in för arkivering, via e-post. Avdelningschefen visade tidigt i uppsatsprocessen intresse för att eventuellt publicera studiens resultat i en icke vetenskaplig facktidning som hon är redaktör för. Diskussion om vad vetenskapen om en eventuell publicering kan medföra för mig som forskare förs under rubriken etiska överväganden.

#### **4.7 Bearbetning av data**

Ett fenomenologiskt perspektiv har valts i analysförfarandet, vilket innebär att det är respondentens subjektiva tankar som sätts först och betraktas som sanning. I analysförfarandet bör forskaren försöka hålla tillbaka sin egen förförståelse så att hon kan beskriva och analysera det insamlade materialet utifrån respondenternas subjektiva tankar och inte sina egna (Larsson, 2005).



Meningskategorisering har använts för att strukturera upp det insamlade materialet. Hur meningskategoriseringen har gått tillväga redovisas under rubriken resultat och analys. Kvale/Brinkmann (2007) menar att meningskategorisering medför att forskaren får en tydlig struktur över sitt insamlade material vilket såldes underlättar den fortsatta analysprocessen (Kvale/Brinkmann, 2007). Nackdelen med denna metod är att jag som forskare väljer vilka kategorier som skapas och kan således påverka studiens resultat. Att vara helt objektiv i valet av kategorier är svårt eftersom det är jag som har konstruerat syftet och frågeställningarna. I valet av kategorier har jag därför medvetet reflekterat kritiskt kring min egen förförståelse för att förbli sann mot det insamlade materialet.

#### **4.8 Reliabilitet, validitet och generaliserbarhet**

##### **Reliabilitet**

Enligt Svenning (2003) innebär reliabilitet hur tillförlitliga studien och dess resultat är. Om inget förändras i en population ska en studie kunna genomföras igen, med samma syfte och metoder, och uppnå samma resultat. Svenning (2003) menar också att olika insamlingsmetoder innebär att forskningsfrågan ringas in från flera håll och på så sätt kan studiens reliabilitet stärkas. Då en kvalitativ studie är av exemplifierande art kan det heller inte ställas lika höga krav på dess reliabilitet som på en kvantitativ studie (Svenning, 2003). Studiens reliabilitet hade således varit högre om jag hade använt mig av olika insamlingsmetoder. Valet att inte göra detta bottnar i tiden och de resurser jag hade till mitt förfogande. Kvale/Brinkmann (2007) menar att reliabilitet är ett begrepp som forskaren ska reflektera kring under studiens alla steg (Kvale/Brinkmann, 2007). I studien har jag strävat efter att uppnå en hög reliabilitet genom att reflektera och medvetandegöra reliabiliteten i studiens alla steg. Provintervjuer genomfördes för att se så att frågeställningarna var tydliga och inte skulle kunna missuppfattas av respondenterna. Under intervjuerna var jag noga med att inte försöka styra respondenterna åt något håll utifrån min förförståelse. Inspelningen och transkriberingen av intervjuerna medförde att jag kunde kontrollera om jag omedvetet påverkat respondenterna i någon riktning. Transkriberingen medförde även att jag vet att det jag har analyserat är respondenternas egna ord.

## **Validitet**

Esaiasson et al (2007) menar att validitet innebär om forskaren har undersökt det hon avsåg att undersöka (Esaiasson, Gilljam, Oscarsson och Wängnerud, 2007). Enligt Kvale/Brinkmann (2007) handlar studiers validitet även till stor del om hur väl forskaren lyckas med att tolka, ifrågasätta och kontrollera resultaten som hon får fram (Kvale/Brinkmann, 2007). Om en studie har uppnått validitet menar Larsson (2005) att läsaren genom forskarens beskrivningar ska kunna bilda sig en egen uppfattning av det studerade fenomenet (Larsson, 2005). Genom att tydligt redogöra för alla stegen i studien är det min avsikt att studien ska uppnå validitet. Frågeguiden och det transkriberade materialet har hjälpt mig att kontrollera att jag verkligen har mätt det jag avsåg att mäta. Medvetenheten om min förförståelse har hjälpt mig att kritiskt reflektera kring de resultat och analyser jag har gjort. Studiens syfte är att undersöka respondenternas subjektiva tankar kring bemötande och det är min uppfattning att detta har uppnåtts.

## **Generaliserbarhet**

Då studien syfte är att exemplifiera enskilda respondenters subjektiva tankar kring bemötande kan det vara svårt att generalisera studiens resultat till en större population. Dock kan studien generera allmän kunskap avseende forskningsfrågan utifrån respondenternas synvinkel (Kvale/Brinkmann, 2007).

## **4.9 Etiska överväganden**

De fyra forskningsetiska principer som Vetenskapsrådet (2002) tidigare rekommenderade för forskning inom humaniora och samhällsvetenskap används idag inte aktivt av Vetenskapsrådet ([www.codex.vr.se](http://www.codex.vr.se)). Jag anser, trots detta, att de fyra huvudprinciper är relevanta för min studie och i avvaktan på nya riktlinjer från Vetenskapsrådet har studien utgått från dessa. Principerna som Vetenskapsrådet anser att forskaren ska tillgodose är: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Informationskravet innebär att forskaren ska informera respondenten om studiens syfte och vad hon har för uppgift i studien. Respondenten ska även informeras om samtyckeskravet som innebär att hans deltagande är frivilligt och att hon har rätt att avbryta sin medverkan eller avstå från att svara på frågor utan att detta får några negativa påföljder. För att konfidentialitetskravet ska vara tillgodosett krävs det forskaren informerar respondenten om

att hons enskilda åsikter inte kommer att kunna härledas av någon utomstående i studien. Det insamlade materialet ska även förvaras så att obehöriga ej får tillgång till det. Nyttjandekravet innebär att det insamlade icke avidentifierade materialet enbart kommer att användas i den aktuella studien. Genom informationsbrevet samt muntlig information vid intervjutillfället har de fyra etiska forskningskraven uppnåtts (Vetenskapsrådet, 2002).

Mitt val i att enbart intervjua de professionella på avdelningen grundar sig i att jag vill veta hur de professionella tänker kring vad som är ett gott bemötande. Jag anser mig inte vara tillräckligt kompetent för att genomföra en studie där jag efterfrågar patientens reflektioner. Patienten som är inskriven på den akutpsykiatriska heldygnsvårdsavdelningen är i ett tillstånd där jag inte heller anser det vara etiskt rätt att genomföra en studie. Patienten är i ett akutskede av sin sjukdom och genomgår medicinsk behandling och ska därmed, enligt min åsikt, inte behöva ta ställning till om hon vill medverka i en studie eller ej.

Vetskapen om en eventuell publicering kan medföra att jag som forskare blir påverkad i en forskningsetisk negativ riktning. Jag kanske omedvetet under forskningsprocessen väljer att inte ta med material som inte gynnar den akutpsykiatriska heldygnsvårdsavdelningen eller tolkar materialet till den akutpsykiatriska heldygnsvårdsavdelningen fördel. Då jag under uppsatsprocessen har varit medveten om möjligheten till en eventuell publicering och kritiskt reflekterat kring detta när jag har analyserat materialet anser jag inte att det har påverkat mig i någon riktning.

## **Kapitel 5 Resultat och analys**

### **5.1 Resultat och analys**

Studien syfte är att undersöka vad personalen på den akutpsykiatriska heldygnsvårdsavdelningen tycker är ett gott bemötande och hur professionella i socialt arbete kan använda sig av denna kunskap. Genom följande frågeställningar försöker det insamlade materialet att uppfylla studiens syfte:

- Vilka är dina erfarenheter av vad som fungerar bra i mötet med patienter?
- Använder du dig av några specifika metoder och strategier i ditt arbete som du har märkt fungerar bra i mötet med patienter?
- Talar ni i arbetsgruppen om metoder och strategier som fungerar bra i mötet med patienter?
- Tror du att det som händer i mötet mellan dig och patienter har någon effekt på behandlingen?

Inför analysen har det insamlade materialet lästs igenom och lyssnats på åtskilliga gånger och på så sätt började resultaten växa fram. Utifrån det transkriberade materialet påbörjades en kategorisering där jag sammanställde respondenternas svar utifrån respektive frågeställning. Genom svaren på frågeställningarna försökte jag sedan hitta gemensamma teman i det insamlade materialet (Kvale/Brinkmann, 2007). De gemensamma teman utgör huvudbegreppen utifrån vilket resultaten presenteras.

Huvudbegreppen är:

- Kommunikation
- Subjektgörande
- Personliga egenskaper
- Reflektion

Till huvudbegreppen har även underbegrepp kopplats. Underbegreppen har kopplats till respektive huvudbegrepp utifrån min tolkning av vad respondenterna har sagt. Vilka underbegrepp som är kopplade till vilka huvudbegrepp redovisas i tabell 1 nedan.

Tabell 1.2

Huvudbegrepp	Underbegrepp
Kommunikation	Lyssna, kroppsspråk, bekräfta, motivera, rak kommunikation, respekt, ta sig tid, närvaro, trygghet, respekt
Subjektgörande	Individuellt bemötande, se personen bakom sjukdomen,
Personliga egenskaper	Självisikt, vara sig själv, lugn, empati, tålmodig
Reflektion	Personliga erfarenheter, praktisk kunskap, föreläsningar, litteratur, teoretisk kunskap, reflektion

Utifrån ovanstående fyra huvudbegrepp kommer resultaten att redovisas och analysen kommer att göras utifrån de teoretiska perspektiven och den tidigare forskningen.

## 5.2 Kommunikation

*”(...) när jag väl sitter i ett samtal eller någonting sånt vill jag att de ska känna att jag har tiden, (...), jag vill att de ska känna att de är viktiga, att den här stunden bara är för dem”.*

Respondenterna framhäver vikten av att ta sig tid för patienten samt att vara närvarande i mötet med patienten. Genom att patienten upplever att respondenterna tar sig tid och är närvarande medför detta att patienten får en känsla av att vara viktig och att hon räknas. Respondenterna talar ofta under intervjuerna om vikten av att lyssna till och bekräfta patienten och menar att detta underlättar kommunikationen dem emellan.

Olsson/Persson (2009) lyfter, i linje med mina resultat, fram vikten av att ge patienten tid och bekräfta den. Känner patienten att hon får tid från de professionella och att de bekräftar henne är risken mindre att hon drar sig undan från personalen. Även om den professionelle upplever att hon inte får någon verbal respons från patienten är det ändå viktigt att hon försöker att bekräfta patienten och ge denne tid (Olsson/Persson, 2009). Även resultaten i Shatell et al (2006) studie visar på att om patienten fick tid av de professionella och upplevde dem som närvarande i samtalet ökade möjligheten för att patienten skulle uppleva sig förstådd. Att känna sig förstådd var det centrala för patienterna i denna studie (Shatell/McAllister/Hogan/Thomas P, 2006). Edie/Edie (2006) beskriver utifrån sitt begrepp berättelse, som ryms inom omsorgstemporaliteten, vikten av att bekräfta det patienten berättar, vilket är i linje med min studies resultat. Det är först när patienten upplever sig bekräftad som hon känner sig trygg och en vågar söka stöd hos den professionelle (Edie/Edie, 2006). Även Bower et al (2010) lyfter fram tiden som den professionelle tillbringar med patienten som en viktig komponent att patienten ska uppleva sig som viktig. Den professionelle behöver inte göra så mycket tillsammans med patienten, det räcker om den professionelle finns där och pratar om vardagliga ting (Bower/Brennan/Winship/Theodoridou, 2010).

En rak och tydlig kommunikation är något som flertalet av respondenterna lyfter fram som en viktig komponent för ett lyckat möte. Med en rak kommunikation menar respondenterna att de är tydliga med sina budskap när det gäller viktiga saker och framför dem på ett respektfullt sätt. Ett samtal mellan respondenterna och patienten kan inledas med att beröra vardagliga ämnen, för att sedan gå in på något viktigt rörande till exempel patientens medicin eller permission. Flertalet av respondenterna menar att det är de spontana mötena med patienten som fungerar bäst. Förutbestämda möten kan skapa låsningar hos patienten och medföra att hennes ångest och oro ökar. I mötet med patienten försöker respondenterna att hävda den verklighet de lever i gentemot patienten. Patienten kan ofta ha en annan uppfattning av verkligheten, som följd av sin sjukdom, än respondenterna och då försöker de på ett respektfullt sätt att verklighetsförankra patienten. Respondenterna tror att om de försöker att visa patienterna respekt genom att ge dem tid, lyssna på dem, bekräfta dem så kommer patienterna att känna sig trygga på avdelningen.

Payne (2002) skriver att problemen i kommunikationen människor emellan uppstår när tolkningen av det skickade budskapet inte uppfattas så som sändaren avsåg. På avdelningen kan samtalet försvåras utifrån patienternas vanföreställningar. Patientens tolkning av budskapet kan vara svår att förutse eftersom en del av deras symptom innebär är att de har en annan uppfattning av verkligheten. Patientens perceptionsförmåga är därmed svårtolkad. Patienters tidigare erfarenheter av professionella, patientens fysiska och psykiska tillstånd och förväntningar på samtalet kan utgöra hinder för en god kommunikation (Payne, 2002).

Edie/Edie (2006) och Payne (2002) talar om den asymmetriska relationen som finns mellan patienten och den professionelle. På avdelningen utgörs den asymmetriska relationen av att patienten är den hjälpsökande och den professionelle är den som ska bistå patienten med stöd (Edie/Edie, 2006 och Payne, 2002). Edie/Edie (2006) menar att relationen behöver vara asymmetrisk eftersom patienten och den professionelle har olika roller i mötet, men att deras relation är symmetrisk utifrån människovärdet. Förutsättningarna för att en god kommunikation ska komma till stånd menar författarna är att den professionelle och patienten växlar mellan en asymmetrisk och symmetrisk relation. I och med att patienten och den professionelle växlar mellan dessa två relationer kan en mer komplementär relation utvecklas. En relation där patienten och den professionelle använder sig av varandras kunskaper (Edie/Edie, 2006). Olsson/Persson (2009) menar att relationen mellan patienten och den professionelle är avgörande för hur kommunikationen dem emellan kommer att utvecklas. Utan en relation menar de att kommunikationen blir ytlig och inte utgör det stöd som patienten behöver (Olsson/Persson, 2009). Buber (2004) menar att ett äkta samtal inte kan uppnås fören båda parter är öppna och mottagliga för varandra. Vägen till att nå ett äkta samtal innebär att båda parter måste vara öppna och mottagliga för varandra. I mötet med människor som har en psykisk funktionsnedsättning kan detta stundtals te sig svårt eftersom de ofta har en helt annan verklighetsuppfattning än de professionella. Buber menar att trots svårigheter går det att uppnå ett äkta möte med alla människor så länge som de inblandade individerna kan hitta en form av samspel. Samspel är grunden i mötet och kommunikationen mellan människor och sett utifrån Buber kan respondenternas förhållningssätt, gentemot patienterna, sträva efter att utveckla ett äkta samtal dem emellan (Buber, 2004).

*”Det enda patienterna kommer ihåg när de åker härifrån är hur vi bemötte dem och därför är det jätteviktigt hur vi bemöter dem”.*

När det kommer nya patienter till avdelningen försöker respondenterna att skapa trygghet genom att vara vänliga och fråga patienten hur den vill ha det på avdelningen. Oavsett det individuella förhållningssättet talar alla respondenterna om att möta patienterna med respekt. Genom att möta patienten med respekt menar respondenterna att de skapar en trygghet hos patienten. En trygghet som genererar att det blir lugnare och mer behagligt att vistas på avdelningen. Tryggheten medför också att patienterna litar på respondenterna vilket skapar möjligheter för en framtida relation. Med de patienter som återkommer menar respondenterna att en relation utvecklas. Respondenterna berättar att många av patienterna inte har något socialt nätverk förutom dem och öppenvården och menar därför att det är extra viktigt att deras bemötande är gott. En del av patienterna på avdelningen vårdas enligt LPT, alltså mot sin vilja, och då menar respondenterna att det är deras uppgift att, trots den massiva kränkning som det innebär att vara inskriven på ett LPT, göra patientens vistelse på avdelningen så bra som möjligt.

Edie/Edie (2006) talar om vikten av att skapa en allians med patienten. Genom en allians vågar patienten lita på den professionelle och känner sig trygg i dennes sällskap (Edie/Edie, 2006). Trygghet är ett begrepp som Olsson/Persson (2009) lyfter fram som centralt i mötet med patienten, vilket även respondenterna i min studie gör. De menar att trygghet kan förmedlas till patienten genom både verbal och ickeverbal kommunikation. Det viktiga i att skapa trygghet är att den professionelle använder sig själv som redskap, det går inte att förmedla trygghet om man som professionell inte är närvarande i stunden (Olsson/Persson, 2009).

*”(...) om jag har en ny patient här som jag ska gå in och prata med som ligger i sängen, att man inte står över så här utan att man kanske sätter sig och kommer i patientens nivå eller till och med lägre eller så, för att i alla fall där hamna på samma nivå (...) det är en sån liten grej som fungerar bra (...)”.*

Kroppsspråket tas upp som en metod för att få patienten att känna sig mer bekväm i mötet. Ligger till exempel patienten i sin säng vid ett samtal ser respondenten till att vara i samma



höjd som patienten. Detta menar respondenterna skapar förutsättningar för ett tryggare och mer respektfullt möte. När patienten kommer till avdelning försöker respondenterna, utifrån sitt kroppsspråk, visa att här är det lugnt och du kan känna dig trygg. Några av respondenterna menar att de genom en sådan enkel sak som att le mot patienterna kan skapa en känsla av bekräftelse hos patienten. Vissa dagar har respondenterna inte lika mycket tid till samtal med patienterna, på grund av hög arbetsbelastning, och då kan en sådan enkel sak som ett leende eller en vinkning vara tillräcklig för att patienten ska känna sig sedd av respondenten.

Edie/Edie (2006) talar om verbal och ickeverbal kommunikation, som även respondenterna i min studie gör. Den ickeverbala kommunikationen kan innebära ett hinder om mottagaren av budskapet inte upplever att det verbala budskapet stämmer överens med det ickeverbala budskapet. Individens perception blir återigen central i hur budskapet tolkas. Den ickeverbala kommunikationen kan även ses som ett hjälpmedel i kommunikation. Genom kroppsspråket kan patienten förmedla en känsla som inte kan beskrivas med ord (Edie/Edie, 2006).

Olsson/Persson (2009) påpekar att psykotiska patienter inte kan eller vill uttrycka sig verbalt och då är det centralt att de professionella hittar ett icke verbalt språk för att bekräfta och uppmärksamma dessa patienter (Olsson/Persson, 2009). Bowers et al (2010) respondenter belyser att kroppskontakt ibland kan ha en positiv effekt på patienten. Det är dock viktigt att den professionelle läser av patienten och gör en bedömning av om det är lämpligt att fysiskt röra vid patienten eller ej (Bower/Brennan/Winship/Theodoridou, 2010). Olsson/Persson (2009) menar att det är grundläggande att förstå att patienter med psykosproblematik vill vara ifred. Då ska den professionelle inte tvinga sig på patienten utan respektera hennes val. Liksom Bower et al (2010) menar författarna att en individuell bedömning ska göras inför varje beröring. De professionella bör lita på sin intuition om patienten är mottaglig för fysisk beröring. Att den professionelle och patienten har en allians är grundläggande för att fysisk beröring ska mottas på ett positivt sätt av patienten (Olsson/Persson, 2009).

*"(...) samtal och så kanske ibland har mer effekt än det farmakologiska har tror jag, om du blir uppmuntrad hela tiden och du kan söka stöd och trygghet hos personalen (...)"*.

Respondenterna menar att deras roll på avdelningen i vissa fall kan ha lika stor betydelse som patientens medicinering. Det är respondenterna som motiverar patienten till att ta sin medicin

och utgör tryggheten för patienten under hennes tid på avdelningen. Vid de tillfällen en patient, som är inskriven enligt LPT, behöver en tvångsinjektion får patienten upprepade gånger möjligheten att ta injektionen på frivillig väg. Patienten får bestämma hur hon vill ta injektionen, vem som ska ge den och var den ska ges. I de fall då en bältesläggning inte går att undvika är respondenterna noga med att någon alltid stannar kvar med patienten och förklarar varför det blev som det blev och hör hur patienten mår. Respondenterna menar att eftersom patienten får så många valmöjligheter blir bältesläggningar nästan aldrig aktuella på avdelningen. Genom samtal och motivation menar respondenterna att det går att undvika bältesläggningar i de flesta fall.

Till skillnad från min studie lyfter Shatell et al (2006) fram vikten av att patienten upplever sig förstådd av de professionella som en viktig del i patientens återhämtning. För att patienten ska uppleva sig förstådd krävs det att patienten och den professionelle har en god kommunikation. Respondenterna menar att de professionella inte alltid behöver säga eller göra rätt sak, det viktiga är att deras vilja att förstå patienten lyser igenom. Respondenterna i studien nämner inte medicineringen i studien utan de fokuserar enbart på det som de professionella kan bidra med för att deras känsla av att bli förstådda ska öka (Shatell/McAllister/Hogan/Thomas P, 2006). Vid de eventuella bältesläggningarna, som respondenterna beskriver ovan, kan deras agerande ses utifrån Edie/Edie (2006) som att de bekräftar patientens rädsla eller ovilja inför att ta injektionen. Genom att de professionella har utvecklat en allians med patienten, som innebär att patienten litar på och känner sig trygg med den professionelle, kan de genom samtal undvika en tvångsinjektion (Edie/Edie, 2006).

### 5.3 Subjektgörande

*”(...) det finns inget sätt som funkar på alla patienter, bemötandet måste vara individuellt”.*

Respondenterna talar främst om vikten av att ha ett individuellt bemötande gentemot patienterna. De framhäver att patienterna har olika behov och att det är deras uppgift att försöka få fram hur varje patient vill bli och behöver bemött. Vissa patienter kanske behöver lite mer gränssättning än andra medan en annan patient behöver få vara ifred. En respondent säger att på avdelningen handlar det inte om att plåstra om ett sår, det handlar om att se till

patientens hela livssituation. En livssituation som kan vara fylld av både fysiska och psykiska sår. Respondenterna menar att de alltid försöker att se patienten utifrån ett individuellt perspektiv. Några av respondenterna framhåller dock att de, utifrån patientens diagnos, har utvecklat förhållningssätt som fungerar till en viss del. Vissa diagnoser kräver till exempel mer gränssättning än andra diagnoser. Många respondenter menar att ett slaviskt följande av metoder eller strategier skulle medföra att de blev enkelspåriga och låsta i mötet med patienter vilket på sikt skulle kunna leda till en sämre kommunikation med patienterna. En del patienterna återkommer på till avdelningen och då vet respondenterna hur de ska möta dem på bästa sätt. Återigen så nämner respondenterna att patienten måste ses som en person, det går inte att använda sig av samma metod eller strategi med alla patienter.

Buber (2006) menar att människan blir till i mötet med andra människor. Det är först i interaktionen med andra människor som vårt Jag kan bli ett Du. För att detta möte ska komma till stånd behöver varje människa ses som en individuell individ. Jag-Du relationen innebär att människorna möts som subjekt-subjekt och inte som subjekt – objekt. Ovanstående beskrivning som respondenterna ger innehåller både Jag – Du relationer men även Jag – Det relationer. Jag – Du relationen utgörs av att respondenterna försöker att ha ett individuellt förhållningssätt gentemot patienterna. Buber menar dock att när våra möten innehåller erfarenheter blir relationen mellan patienten och den professionella en Jag-Det relation. Metoder eller strategier främjar också en Jag-Det relation. I användandet av metoder eller strategier ses den andra människan som ett objekt, men i mötet är det centralt att trots detta försöka att se den andre individen som ett subjekt. Människor växlar ständigt mellan att vara i Jag-Du och Jag-Det relationer och detta belyser respondenterna utifrån deras inställning till ett ”slaviskt användande av metoder eller strategier”. Att sträva efter att alltid vara i Jag-Du relationer är eftersträvansvärt men enligt Buber omöjligt. Möten mellan människor menar Buber handlar om att vara här se vart samtalet leder. Utan stundens närvaro kan inte det som Buber kallas för en mellanmänsklig relation utvecklas. Om respondenterna lyckas med att hela tiden se till patientens individuella behov och kan möta dem där de befinner sig finns en möjlighet för att ett mellanmänskligt möte dem emellan kan uppstå (Buber, 2006).

*"(...) man måste bortse från den här sjukdomsgrejen med alla fula ord och kasta grejer och sånt, det är ju faktisk t en människa bakom som inte är så speciellt medveten om att det här händer egentligen".*

Att se varje patient som en person och inte enbart som en diagnos är något respondenterna är tydliga med att lyfta fram. Respondenterna upplever att patienterna inte alltid blir sedda som den person de är utan enbart som sin sjukdom när de är ute i samhället. Som professionell måste man kunna skilja på vad som är sjukdomssymptom och vad som är den egentliga personen. Kan man inte skilja på detta kommer det bli svårt att arbeta med människor med psykosproblematik menar respondenterna.

Den tidigare forskningen är helt överens om det som respondenterna i min studie berättar. Shatell et al (2006) respondenter tar upp att patienterna vill bli bemötta som en person och inte som en sjukdom. Respondenterna i studien vill att de professionella ska behandla dem som de gör med en vän eller en granne (Shatell/McAllister/Hogan/Thomas P, 2006). Även Bower et al (2010) och Olsson/Persson (2009) resultat visar på att patienterna vill bli sedda som en person och inte som en sjukdom. Edie/Edie (2006) belyser att det som försvårar att den professionelle ser patienten som en person är stereotyperingar. Stereotyperingar medför att människor handlar utifrån invanda mönster och ser varandra som objekt, inte som subjekt. En eventuell objektifieringen av patienten utgör stora hinder för att en god kommunikation mellan patienten och den professionelle ska komma till stånd (Edie/Edie, 2006). Buber (2006) menar att människan ska försöka undvika att se varandra som objekt, det vill säga stereotypering (Buber 2006).

## **5.4 Personliga egenskaper**

*"Det är ju att vara sig själv, jag kan inte gå in och vara någon annan, patienterna märker direkt när vi försöker vara någon annan".*

Att vara sig själv är något som många av respondenterna framhäver. Respondenterna menar att det inte går att låtsas vara någon annan inför patienterna. De kan inte gå runt på avdelningen och vara vita rockar, som en respondent uttrycker sig, de måste vara de personer de är. Respondenterna eftersträvar att vara personliga men inte privata. De sätter tydliga

gränser för det som de anser är för personligt att tala om. Likaväl som att respondenterna vill att patienterna ska respektera deras gränser, respekterar respondenterna om det är något patienten inte vill samtala om. Tålmodig är ett begrepp som flertalet av respondenterna lyfter fram. Respondenterna är noga med att påpeka att oavsett hur krävande en patient är ska deras tålamod räcka till för att hantera patientens ångest. Upplever respondenterna att de inte kan hantera patientens ångest får de be en kollega att ta över. Respondenterna är noga med att påpeka att deras tillkortakommanden inte ska gå ut över patienterna.

I likhet med Buber (2006) menar respondenterna att de måste vara sig själva för att mötet och kommunikationen dem emellan ska bli god. Det som däremot hindrar att ett mellanmänniskt möte ska uppstå mellan dem är att respondenterna ibland behöver sätta gränser för vad de vill tala om. Trots att de eftersträvar att vara i en Jag-Du relation medför deras yrkesroll ibland att de befinner sig i en Jag-Det relation (Buber, 2004). I linje med mina respondents svar uttrycker sig även Olsson/Persson (2009) respondenter. De tar upp vikten av att inte bli för personlig i relation till klienten. Några av respondenterna i studien ansåg att det kunde gå illa om de blev för personliga i mötet med patienten. För att förhindra detta försökte respondenterna i studien att vara medmänniskor men ändå hålla sin privata sfär privat (Olsson/Persson, 2009).

*”(...) acceptera att alla inte vill tala med mig”.*

Att ha självinsikt lyfter respondenterna fram som en nödvändighet för att mötet med patienten ska fungera bra. Som professionell måste man ha kunskap om sina egna begränsningar för att kunna ge patienten det stöd den behöver. Att vara medveten om att det finns patienter som inte tycker om en är lika viktigt som att ha insikt om att man själv inte fungerar tillsammans med alla patienter. Uppstår det en situation där en respondent och en patient inte fungerar ihop försöker övriga arbetslaget att ta över ansvaret för den patienten. Respondenterna menar att det är viktigt att välja vilka strider de tar med patienterna. Återigen belyser respondenterna vikten av att de kan hantera patienternas ångest och problematik. Respondenterna är dock noga med att påpeka att de inte accepterar kränkningar, hot eller våld från patienterna.

Självsikt som begrepp lyser med sin frånvaro i den tidigare forskningen. Utifrån kommunikationsteorin kan självsikt placeras in i Edie/Edies (2006) tre begrepp omsorgsprofessionalitet, omsorgsrationalitet och omsorgstemporalitet. Tolkning kan göras att om den professionelle uppnår alla de kriterier Edie/Edie har lagt in i sina begrepp så är det troligt att den professionelle även besitter självsikt. Det etiska tänkandet främjar även självsikt då den professionelle ställs inför etiska och moraliska dilemman (Edie/Edie, 2006).

*"(...) att man är lugn (...)"*

Patienternas tillvaro kan te sig kaosartade och då menar respondenterna att de får representera lugnet i patientens liv. Alla respondenterna återkommer till begreppet lugn ett flertal gånger under intervjuerna. De menar att genom att de är lugna blir även patienten lugnare. Många av patienterna har haft det struligt innan de blir inskrivna på avdelningen och när de väl är på avdelningen vill de ha det lugnt och få möjlighet att landa.

Bower et al (2010) respondenter beskriver att de vill att de professionella ska ha ett lugnt kroppsspråk och tala i ett lugnt och behagligt tonläge (Bower/Brennan/Winship/Theodoridou, 2010). Sett utifrån Edie/Edie (2006) görs tolkningen att det inte går att vara närvarande i stunden och lyssna till patienten utan att förmedla ett lugn (Edie/Edie, 2006).

*"(...) hur skulle jag känna om min son på 20 år kommer in här, eller min gamla mamma, eller min syster eller bror, man måste hela tiden ha det i baktanken, det kunde lika gärna ha varit mina anhöriga eller mig själv".*

Respondenterna beskriver även att deras empatiska förmåga är central. Att ha förmågan att kunna sätta sig in i en patientens livssituation menar vissa av respondenterna är en central faktor för att mötet ska dem mellan ska bli bra. Respondenterna försöker alltid att sätta sig in i hur de själva eller någon närstående till dem skulle vilja bli bemötta.

Shatell et al (2006) studie visar på, i likhet med min studie, att patienterna vill känna empati från de professionella. Respondenterna i studien gör skillnad på empati och sympati. Sympati är inget de vill känna från de professionella. Empati däremot visar att de professionella vill försöka förstå patientens situation (Shatell/McAllister/Hogan/Thomas P, 2006). Sett utifrån

Edie/Edie (2006) kan empati ses som något som utvecklas över tiden. Författarna beskriver att ”en tränad blick” (s.29) är något som växer fram ur erfarenhet (Edie/Edie, 2006).

## 5.5 Reflektion

*”(...) vi är redskapen och det är viktigt att vi sköter om varandra (...)*”

Respondenterna berättar att de har reflektionstid i grupp tre gånger per vecka då de arbetar dagpasset. Under reflektionstiden får de möjlighet att, tillsammans med sina kollegor, lämna avdelningen och reflektera kring det som har skett under dagen. Många av respondenterna upplever reflektionstiden som ett andningshål där de kan ventilerat det som har gått bra och det som har gått dåligt under dagen. De får möjlighet att diskutera hur de ska gå tillväga med olika patienter, får tips från varandra om vad som fungerar bra för olika patienter och bestämmer gemensamma förhållningssätt gentemot patienterna. En respondent menar att reflektionstiden är oerhört värdefull eftersom den ger respondenterna möjlighet att ta hand om varandra. Genom reflektionstiden upplever många respondenter att de inte behöver fundera på saker efter arbetstid, om något ovanligt har inträffat under dagen det vill säga.

Reflektionstiden ökar även det etiska tänkandet på avdelningen. Genom att diskutera tillsammans med sina kollegor blir alla mer medvetna om de etiska ställningstaganden som kan uppstå på avdelningen. Även utanför reflektionstiden diskuterar respondenterna det etiska förhållningssättet i sitt arbete. Då avdelningen bland annat vårdar patienter enligt LPT ställs respondenterna ständigt inför etiska ställningstaganden.

Etik menar Edie/Edie (2006), och respondenterna i min studie, är ett ständigt återkommande begrepp i mötet med människor. Etiska dilemman uppstår när de professionellas värderingar och normer hamnar i konflikt med varandra (Edie/Edie, 2006). Bowers et al (2010) talar inte om etik men tar upp moraliska ståndpunkter som är viktiga i mötet med patienten. Att ha en empatisk förmåga, respektera patientens integritet och uppmärksamma patienten lyfter Bower et al:s respondenter upp som centrala moraliska ståndpunkter i mötet med patienten (Bower/Brennan/Winship/Theodoridou, 2010)

*”(...) det är ju ens egna erfarenheter och det man lär sig under utbildningarna (...)”*

Några respondenter lyfter fram att det är centralt att ha både teoretisk och praktisk kunskap avseende ämnet man arbetar med. Att ha kunskap om olika diagnoser och medicinering menar respondenterna är viktigt eftersom patienterna ofta har frågor kring detta, framförallt kring medicineringen. Flertalet av respondenterna har arbetat i flera år och menar att de inte medvetet tänker på olika metoder eller strategier som de har lärt sig under sina utbildningar. Kunskapen de har med sig från utbildningarna har internaliserats hos dem och blivit ett vardagligt arbetssätt. Genom föreläsningar och interna utbildningar får respondenterna möjlighet att ta till sig ny kunskap, men även bli påmind om saker de redan kan.

Edie/Edie (2006) menar, som några av respondenterna i min studie, att fackkunskap är en förutsättning för att kommunikationen mellan den professionella och patienten ska bli god. Fackkunskap är den kunskap som är specifik inom det område som man arbetar, men även de erfarenheter man har samlat på sig under sitt arbetsliv. Har den professionelle inte fackkunskap kommer samtalet mellan den professionelle och patienten att bli ytligt och innehållslöst. Fackkunskap skapar dessutom en form av trygghet för patienten då hon vet att hon kan vända sig till den professionelle för att få svar eller stöd. Fackkunskap kan också medföra att den professionelle lättare kan förstå patienten och dess beteenden eftersom hon har kunskap om olika beteenden (Edie/Edie, 2006). Bowers et al (2010) belyser dock inte själva begreppet kunskap som något centralt, men de lyfter fram vikten av att sjuksköterskan läser in sig på patientens historia och eventuellt talar med personer som känner patienten sedan tidigare. Sjuksköterskan har därmed inhämtat specifik kunskap om patienten. Bowers menar att det är centralt att förbereda sig inför det första mötet med patienten så att mötet får förutsättningar att lyckas. (Bowers/Brennan/Winship/Theodoridou, 2010).



## Kapitel 6 Slutsatser

### 6.1 Slutsatser

Studiens syfte var att undersöka vad de professionella på den akutpsykiatriska heldygnsvårdsavdelningen tycker är ett gott bemötande och hur professionella i socialt arbete kan använda sig av denna kunskap. De slutsatser som kan dras av studiens resultat och analys presenteras utifrån studiens frågeställningar.

- **Vilka är dina erfarenheter av vad som fungerar bra i mötet med patienter?**

Studien visar att det som fungerar bra i mötet med patienter är: kommunikation, subjektgörande och personliga egenskaper. Verbal och ickeverbal kommunikation menar respondenterna är en viktig del i ett gott bemötande. Kommunikationen gentemot patienter ska vara bekräftande, motiverande och tydlig. En central del i en fungerande kommunikation ligger i att respondenterna ger patienten tid, är närvarande i mötet och att de visar respekt. Att skapa en trygghet mellan sig och patienten är av vikt, utan tryggheten dem emellan finns inte förutsättningar för att uppnå en fungerande kommunikation. I mötet bör respondenten och patienten mötas som subjekt – subjekt för att en fungerande kommunikation ska komma till stånd. Subjektgörande kan, starkt förenklat sägas, innebära att respondenterna förhåller sig individuellt till patienten och ser människan i och bortom patienten. Att vara sig själv, ha självinsikt, vara lugn och tålmodig samt ha förmågan att känna empati är de mest centrala personliga egenskaper som respondenterna lyfter fram. Medvetenheten om sina egna begränsningar medför att respondenten kan vända sig till en kollega om hon känner att hon inte klarar av situationen hon står inför. Respondenterna ska, oavsett hur krävande patienten är, försöka att bemöta denne med ett lugn och tålmodighet. Förmågan att sätta sig in i patientens situation är också av vikt i mötet med patienten. Att ha både teoretisk och praktisk kunskap anser respondenterna är av vikt för att mötet mellan dem och patienten ska bli bra.

- **Använder du dig av några specifika metoder och strategier i ditt arbete som du har märkt fungerar bra i mötet med patienter?**

Merparten av respondenterna uppger att de inte använder sig av några specifika metoder eller strategier, de menar att de metoder och strategier de fått till sig har internaliserats i dem. I resultatet och analysen kan det dock urskiljas att respondenterna använder sig av flera kommunikationsmetoder och strategier för att bemöta patienten på bästa sätt. Verbal och

ickeverbal kommunikation används för att skapa en trygghet och ett lugn hos patienten. Respondenterna ger patienten tid, är närvarande i mötet och bekräftar patienten för att denne ska få en känsla av att vara viktigt. Vid medicinering och tvångsinjektioner används motiverande samtal för att försöka motivera patienten till att vilja ta sin medicin samt undvika bältesläggningar. Att möta patienten som ett subjekt är en metod som används av respondenterna. Subjektgörande innebär, som tidigare nämnts, att de professionella har ett individuellt förhållningssätt gentemot patienten och ser henne som en person och inte en sjukdom. Reflektionstiden är en metod i sig, det är genom den som respondenterna utvecklar gemensamma förhållningssätt, tar lärdom av varandra och vårdar varandra. Här får de möjlighet att tala om påfrestande situationer, etiska dilemman, komma närmare varandra eller bara pusta ut en stund. Reflektionstiden medför att de orkar med det, ibland, påfrestande arbetet på avdelningen.

• **Talar ni i arbetsgruppen om metoder och strategier som fungerar bra i mötet med patienter?**

Respondenterna menar att de inte medvetet talar om specifika metoder och strategier, men att de under reflektionstiden har möjlighet att ta upp det som fungerar bra eller dåligt i mötet med patienter. Uppstår det en situation eller ett dilemma under arbetsdagen tar respondenterna sig tid för att diskutera detta.

• **Tror du att det som händer i mötet mellan dig och patienter har någon effekt på behandlingen?**

Vissa respondenterna menar att det som sker i mötet ibland kan ha större effekt än vad medicineringen har. Det är genom mötet som respondenterna har möjligheten att komma patienten nära och lära känna henne. Närheten mellan den professionelle och patienten kan sedan bidra till att en allians mellan dem skapas. Denna allians är en förutsättning för att patientens tid på avdelningen ska bli så bra som möjligt.

## 6.2 Diskussion kring slutsatserna

Studiens slutsatser stämmer väl överens med den tidigare forskningen. Både Bowers et al (2010), Shatell et al (2006) och Olsson/Persson (2009) lyfter fram vikten av att se personen bakom sjukdomen och att ha en fungerande kommunikation mellan professionell och patient. Även de teoretiska perspektiven lyfter fram betydelsen av att mötas som subjekt och ha en fungerande kommunikation. Buber (2004) menar att det inte är fören människor möts som subjekt som ett äkta samtal kan komma till stånd (Buber, 2004). Vägen till en fungerande kommunikation innebär enligt Edie/Edie (2006) att den professionelle besitter omsorgsprofessionalitet, omsorgsrationalitet och omsorgstemporalitet.

Det som min studie belyser, tillskillnad från den tidigare forskningen, är vikten av att den professionelle är sig själv och får tid till reflektion tillsammans med sina arbetskollegor. Möjligheten till reflektion, tillsammans med sina kollegor, har en viktig funktion för respondenterna i både sitt arbetsliv och privatliv. Genom reflektionstiden får de förutsättningar att bearbeta arbetsrelaterade frågor och händelser på arbetstid och slipper fundera på dessa på sin fritid. Reflektionstiden hjälper även respondenterna att ta hand om varandra. Respondenterna är det viktigaste redskapet i sin yrkesroll och om de inte mår bra är det svårt för dem att ta hand om och stödja patienterna och varandra. Reflektionstiden rustar respondenterna och ger dem ny energi inför sitt fortsatta arbete. Den gemensamma reflektionstiden tror jag är en anledningen till att respondenter hade liknande tankar kring de ställda intervjufrågorna. Likheterna i respondenternas tankar kring forskningsfrågan är inget jag ser som negativt då min avsikt med studien har varit att undersöka avdelnings tankar kring bemötande. Deras liknande tankar kring forskningsfrågan kan istället ses som att deras gemensamma reflektionstid verkligen främjar ett gott bemötande.

Min studie lyfter även fram vikten av att vara lugn som mer centralt än den tidigare forskningen. Olsson/Persson (2009) och Bowers et al (2010) snuddar vid begreppet men lägger inte någon stor vikt vid det. Glant (2010) nämner att psykotiska personer inte har förmågan att lugna sig själva, det är helt och hållet personalens ansvar (Glant, 2010). Kanske är det så att vara lugn ses som en självklart i arbetet med psykotiska patienter och därför har den tidigare forskningen inte lagt större vikt vid begreppet.

Hur kan då professionella i socialt arbete använda sig av denna kunskap? Då studien avser att endast exemplifiera vad ett gott bemötande är ur respondenternas synvinkel är det svårt att dra generella slutsatser. Den enskilde socialarbetaren får själv avgöra ifall studiens resultat kan vara av vikt för henne eller hennes verksamhet.

## Kapitel 7 Slutreflektion

### 7.1 Slutreflektion

Under arbetet med studien har jag många gånger undrat varför jag valde att skriva om bemötande. Bemötande är, för att citera en respondent, ”ett riktigt honnörsord” som alla arbetsplatser och utbildningar inom socialt arbete och hälso- sjukvård tycks diskutera. Hur kan det då komma sig att människor ändå upplever sig dåligt bemötta av de professionella ibland? I tidningar går det ofta att finna rubriker som åsyftar på ett dåligt bemötande inom socialt arbete. Kanske är bemötande så svårt eftersom det handlar om mänskliga relationer? Det finns ingen metod eller strategi som fungerar på alla människor, utan precis som respondenterna i studien berättar är det individuella förhållningssättet av största vikt. Utan ett individuellt förhållningssätt spelar det ingen roll hur mycket kunskap du har eller hur många metoder eller strategier du besitter, bemötandet kommer likväl inte att bli bra. Det är personen framför dig som är utgångspunkten för ett gott bemötande. Kunskap, metoder eller strategier kan därefter användas som ett stöd i strävan efter att uppnå ett gott bemötande.

Som jag inledningsvis nämnde anser jag att ett gott bemötande är grunden i allt socialt arbete. Under studien har denna övertygelse vuxit sig allt starkare. Varför ett gott bemötande är så viktigt överlåter jag till en av respondenterna att besvara.

*”Det enda patienterna kommer ihåg när de åker härifrån är hur vi bemötte dem och därför är det jätteviktigt hur vi bemöter dem”.*

### 7.2 Förslag till vidare forskning

Min studie har endast gett exempel på vad ett gott bemötande kan vara. Det vore därmed intressant att genomföra en nationell undersökning om vad ett gott bemötande är. En jämförande studie, med professionella och patienter/brukare, kunde ge en överblick över likheter och skillnader avseende vad som är ett gott bemötande. Mer forskning inom socialt arbete avseende vad personer med psykosproblematik anser om bemötandet de får av professionella tycker jag saknas i dagsläget. Hur upplever brukarna de kontakter de har inom socialt arbete? Får de ett gott bemötande? Vidare vore det intressant att forska kring bemötande ur ett organisationsteoretiskt perspektiv. Påverkas bemötandet av hur organisationen ser ut, ekonomiska förutsättningar och personaltäthet?

## Referenslista

Allgulander, Christer (2008): *Introduktion till klinisk psykiatri*. Lund: Studentlitteratur

Blomdahl Frej, Gunborg (1998): *Social omsorg och socialpedagogik – ett social-humanistiskt perspektiv* i Blomdahl Frej, Gunborg/Eriksson, Bengt (red) (1998): *Social omsorg och socialpedagogik: filosofi – teori – praktik*. Lund: Studentlitteratur

Buber, Martin (2004): *Det mellanmännsliga*. Ludvika: Dualis Förlag AB

Buber, Martin (2006): *Jag och Du*. Ludvika: Dualis Förlag AB

Eide, Tom/Eide, Hilde (2006): *Kommunikation i praktiken – relationer, samspel och etik inom socialt arbete, vård och omsorg*. Stockholm: Liber

Eneroth, Bo (1984): *Hur mäter man "vackert"? Grundbok i kvalitativ metod*, Stockholm: Natur och Kultur

Engman, Tommy (2003): *Bemötande vid psykisk ohälsa*. Stockholm: Riksförbundet för Social och Mental Hälsa

Esaiasson, Peter/Gilljam, Mikael/Oscarsson, Henrik/Wängnerud, Lena (2007): *Metodpraktikan. Konsten att studera samhälle, individ och marknad*, Stockholm: Nordstedts Juridik AB

Glant, Heléne (2010): *Ny i psykiatrin – våra vanligaste psykiska sjukdomar, bemötande, behandling*. Stockholm: Gothia Förlag AB

Larsson, Sam (2005): *Kvalitativ metod – en introduktion* i Larsson, Sam/Lilja, John/Mannheimer, Katarina (red)(2005): *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Kvale, Steinar/Brinkmann, Svend (2007): *Den kvalitativa forskningsintervjun*, Lund: Studentlitteratur AB

Svenning, Conny (2003): *Metodboken*, Eslöv: Lorentz Förlag

Vetenskapsrådet (2002): *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

## Artiklar

Bowers, Len/Brennan, Geoff/Winship, Gary/Theodoridou, Christina (2010): *How expert nurses communicate with acutely psychotic patients*. Mental Health Practice, vol. 13 (2010), 7, s. 24-26.

Shatell M, Mona/McAllister, Sara/Hogan, Beverly/Thomas P, Sandra (2006): *"She took the time to make sure she understood": Mental health patients experience of being understood*. Psychiatric Nursing, vol. 20 (2006), 5, s.234-241.

## **Uppsatser**

Olsson, Madeleine/Persson, Marita (2009): *Erfarenhet av omvårdnad för patienter med psykossjukdom utifrån sjuksköterskans perspektiv*,  
<http://www.uppsatser.se/uppsats/d9eca7c82a/>, 101011

## **Internetkällor**

Hallands nyheter – [www.hn.se](http://www.hn.se), 101001

Sveriges kommuner och landsting - <http://www.skl.se/web/NationellPatientenkat.aspx>,  
101026

Vetenskapsrådet - <http://www.codex.vr.se/forskninghumsam.shtml>, 101110

## Bilaga 1- Informationsbrev till respondenterna

Göteborg 2010-09-27

Hej X!

Undertecknad är den studenten på socionomprogrammet som Mikael Nilsson kontaktat dig om. Jag heter Cecilia Ekdahl och läser sjätte terminen (av sju) på socionomprogrammet vid Göteborgs Universitet. I början av oktober har jag tänkt genomföra intervjuer med dig och några av dina kollegor inför min c-uppsats. Syftet med min c-uppsats är att undersöka vad som fungerar bra i mötet med patienter.

Nedan kommer information som är viktigt att du tar del av innan du deltar i intervjun.

- Det är frivilligt att delta i intervjun och du har när som helst rätt att avbryta intervjun samt avstå från att svara på vissa frågor utan att behöva förklara varför.
- Jag kommer att använda mig av en diktafon under intervjun. Detta för att jag ska kunna återge det du berättat sanningsenligt och korrekt. När c-studien är klar kommer jag att radera ljudfilen.
- Materialet från intervjun kommer att behandlas konfidentiellt och förvaras så att obehöriga ej får tillgång till det. Vid utskriften av din intervju, och i c-studien, kommer jag att avidentifiera dig så att ingen utomstående kan identifiera dig. Det insamlade materialet kommer endast att användas till denna studie.

Mikael Nilsson bad mig att informera dig om de frågor jag kommer att ställa under intervjun så att du får tid att reflektera kring dem. Jag har fyra huvudfrågor och kommer säkerligen att ställa följdfrågor på dessa. Eftersom det i dagsläget är svårt att säga vilka följdfrågorna blir har jag valt att bara informera dig om huvudfrågorna.

1. Vilka är dina erfarenheter av vad som fungerar bra i mötet med patienter?
2. Använder du dig av några specifika metoder och strategier i ditt arbete som du har märkt fungerar bra i mötet med patienter?
3. Talar ni i arbetsgruppen om metoder och strategier som fungerar bra i mötet med patienter?
4. Tror du att det som händer i mötet mellan dig och patienter har någon effekt på behandlingen?

Har du några frågor avseende detta brev, vill du ändra din intervjutid eller vill du inte medverka i c-uppsatsen är du välkommen att kontakta mig på XXXX-XX XX XX eller XXXXXXXX@hotmail.com

Du kan även kontakta min handledare Marie Törnbom, universitetslektor vid Göteborgs Universitet, marie.tornbom@socwork.gu.se.

Med vänlig hälsning

---

Cecilia Ekdahl



## Bilaga 2 - Frågeguide

### Frågeguide

Profession:

Antal år inom heldygnsvården:

Tidigare arbetserfarenheter:

Ålder:

Kön:

#### ***1. Vilka är dina erfarenheter av vad som fungerar bra i mötet med patienter?***

- Kan du beskriva någon situation där mötet har fungerat bra?
- Vad var det som gjorde att mötet fungerade bra?
- Är det skillnad på ditt bemötande utifrån patientens diagnos?
- Hur skulle du definiera ett gott bemötande?

#### ***2. Använder du dig av några specifika metoder och strategier i ditt arbete som du har märkt fungerar bra i mötet med patienter?***

- Kan du ge exempel på någon metod eller strategi som du använder dig av?
- Tänker du aktivt på din/a metod/er eller strategi/er under arbetspasset eller sker de omedvetet?
- Har ni något vård-/handlingsprogram på arbetsplatsen?
- Finns det någon litteratur, föreläsning eller person som har gjort intryck på dig avseende ett gott bemötande?

#### ***3. Talar ni i arbetsgruppen om metoder och strategier som fungerar bra i mötet med patienter?***

- Om ni gör det, anser du att det hjälper dig i ditt dagliga arbete?
- På vilket sätt?
- Hade kunnat göra något annorlunda på avdelningen för att förbättra bemötandet gentemot patienter?

#### ***4. Tror du att det som händer i mötet mellan dig och patienter har någon effekt på behandlingen?***

- Kan du ge något exempel där du tror att ditt bemötande gentemot patienten har påverkat behandlingen i en positiv riktning?

#### ***Eventuella frågor om hot och våld***

- Kan du beskriva situationen som ledde fram till hot- och våldssituationen?
- Kunde ett annat bemötande ha förhindrat att situationen uppstod?
- Har ni någon vård-/handlingsplan för hot och våld på avdelningen?